

施術承諾書

小木曾クリニック 殿

私は下記の施術を受けるに当たり、施術前カウンセリングを受けてその施術内容及びリスクを十分に理解しました。また、以下の注意事項に関しても全て納得し承諾した上で施術を受けることに同意致します。

施術名 _____

注意事項

1. 施術には医師はじめスタッフ一同万全を期して行っていますが、どのような施術にも限界があり患者様の主観的なご要望に全てお応え出来ない場合もありますので、結果に対する絶対的な保証は致しかねます。
2. 施術の結果や経過には個人差があり、施術後の痛みや腫れの程度などは、患者様個人の体質や素因によっても異なります。
3. 施術には予想出来ない結果も考えられます。患者様が満足出来る結果を得るために再施術が必要になる場合もありますが、その際には別途の費用がかかる場合がございます。
4. 施術後の管理につきましては、必ず医師または看護師の指示に従って下さい。
5. 当院で受けられた施術後の処置や再施術などを他院にて受けられた場合には、特別な場合を除き費用は患者様負担となります。またその結果に対する責任は当院では負いかねますのでご了承下さい。
6. 施術費用の返金は、いかなる場合もお引き受け致しかねます。
7. 施術前施術後の写真や施術記録を患者様の本人特定が出来ないようにして、学会はじめ宣伝広告などに使用させて頂く場合がありますのでご了承下さい。

年 月 日

氏名 _____ ⑩

住所 _____

TEL _____

生年月日 昭和・平成・令和 _____年 _____月 _____日 年齢 _____才

保護者氏名 _____ ⑩ 続柄 _____ 年齢 _____才

TEL _____

(未成年者の場合は保護者が必ず署名・捺印をして下さい)